



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 1 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

**RESOLUCION NÚMERO - 012196 - DE 2015**

( 19 JUN 2015 )

Por la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso y cobro efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan obligatorio de Salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, de acuerdo con lo descrito en la Resolución 1479 de 2015.

**LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER**

En ejercicio de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001 y las funciones esenciales establecidas en el Decreto Departamental 271 de 2013, por medio del cual se modifica y se ajusta el Manual específico de funciones, competencias laborales y requisitos de los empleos de la planta de personal de la Secretaria de Salud de Santander y

**CONSIDERANDO:**

1. Que de acuerdo a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007, corresponde a las entidades territoriales, gestionar y garantizar la prestación de los servicios de salud, de forma oportuna, eficiente y con calidad, a la población pobre, en lo no cubierto con subsidio a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado de su jurisdicción en lo no cubierto por el POS.
2. Que desde la expedición de la Resolución 5521 de Diciembre de 2013 se definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud - POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio Nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.
3. Que es de gran importancia para efectos de definir si un evento o servicio solicitado está o no contemplado en el plan de beneficios; tomar como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud así:
  - 3.1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.
  - 3.2. Por consiguiente, para establecer coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los Anexos 02 y 03 de la Resolución 5521 de 2013, incluyendo los códigos temporales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
  - 3.3. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC



012196-

RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 2 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

- 3.4. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.
4. Que en la Resolución 5395 de diciembre 24 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social unificó el procedimiento de recobros que deben seguir las entidades recobrantes para presentarlos cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), indicando requisitos, fechas y condiciones para su presentación, así como el procedimiento que debe seguir la administración para la verificación de las mismas y los plazos con que cuenta para el pago, cuando a ello hubiere lugar.
5. Que la Resolución 5395 de 2013, define **Comparador Administrativo**; como la Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de recobro.
6. Que dentro de las funciones del El Comité Técnico-Científico (CTC) se establecen:
  - 6.1. Aprobar o desaprobar las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, ordenadas por los médicos tratantes de los afiliados.
  - 6.2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
  - 6.3. Registrar, **de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante**, el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen; incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidades equivalentes al medicamento solicitado.
  - 6.4. Registrar, **de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante**, el o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que se reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan Obligatorio de Salud procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico-Científico (CTC), deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.
7. Que la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015, permite a las entidades territoriales definir el mecanismo más idóneo para garantizar la prestación de los servicios de las tecnologías sin cobertura en el POS; y a su vez definir el mecanismo y trámite a seguir para el proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de estos servicios.



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 3 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

los servicios NO POS, brindados a los pacientes, la presente Resolución tiene el objetivo de plantear un modelo integrado mixto; lo cual está permitido por la resolución 1479 de 2015, buscando de manera prioritaria garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial competente.

### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar por La Secretaria de Salud de Santander el **MODELO** establecido en el Capítulo I, del Título II de la **Resolución 1479 de 2015**, con el fin de organizar una Red de Prestadores de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS, que garantice la prestación de tales servicios de una manera oportuna y eficaz.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Autorizar de manera transitoria servicios a la red adscrita de las EPS-S, mientras se cumplen las formalidades precontractuales y contractuales para disponer de una red de prestadores que nos brinden la totalidad de los servicios NO POS, momento en el cual se utilizará el modelo planteado en capítulo II de la resolución 1479 de 2015. Para tal fin se debe cumplir lo definido en el procedimiento No. 3 de la presente Resolución.

**ARTÍCULO TERCERO:** Definir como Modelo para la Prestación de Servicios y Tecnologías No POS el siguiente:

#### 1. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS NO POS

Teniendo en cuenta lo descrito en la resolución 1479 de 2015 la Secretaria de Salud de Santander implementa un Modelo Integrado, en el cual se garantiza la prestación de la totalidad de los servicios NO POS a través de la red de prestadores contratados habilitados, precisando cualquiera de los siguientes procedimientos a seguir, los cuales se detallan a continuación:

##### PROCEDIMIENTO I: AUTORIZACIÓN A RED PÚBLICA CONTRATADA

La Red de prestadores que brindarán el servicio NO POS solicitado por los médicos tratantes y aprobado por los Comités Técnicos Científicos y/o ordenados por acciones de tutelas, estará a cargo de la RED PÚBLICA de nuestro Departamento de Santander; con la cual se tenga contrato definido siempre y cuando la entidad respectiva este habilitada para brindarlo.

**Por lo tanto en este caso 1,** la Secretaria de Salud de Santander de manera directa gestionara la autorización respectiva a la IPS asignada, para brindar el servicio requerido por el paciente.

##### PROCEDIMIENTO II: AUTORIZACION A RED COMPLEMENTARIA CONTRATADA

Si en el momento de demandar el servicio NO POS, la Red Pública contratada no tiene habilitado el servicio requerido por el usuario, o existe limitación del servicio por falta de capacidad resolutiva, administrativa, financiera, operativa o técnica, esta actividad se brindará a través de la RED PRIVADA, que está habilitada para este servicio, y tenga contrato directo con la Secretaria de Salud de Santander.



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 4 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

**Por lo tanto en este caso 2**, la Secretaria de Salud de Santander de manera directa gestionara la autorización respectiva a la IPS asignada, para brindar el servicio requerido por el paciente.

### PROCEDIMIENTO III: AUTORIZACION A RED ADSCRITA A LAS EPS

Si por la complejidad tecnológica y exclusividad del servicio requerido por el usuario, la Secretaria de Salud de Santander, no dispone de una red contratada habilitada para brindar este servicio; se utilizará de manera transitoria el MODELO II planteado por la resolución 1479 de 2015 en la cual se garantizara y prestará el servicio a través de la red de proveedores con la que tenga contrato la entidad administradora de planes de beneficios a la cual este afiliado el usuario.

**Parágrafo:** una vez identificada la necesidad de utilizar el **procedimiento III**, y esta solicitud de este prestador del servicio se haga reiterativa y necesaria, la Secretaria de Salud de Santander, iniciara los tramites administrativas para plantear si es posible, un convenio directo con el prestador del servicio al cual se esté utilizando este mecanismo de escogencia de red de prestador.

**Por lo tanto en este caso 3**, la Secretaria de Salud de Santander autorizara a la entidad administradora de planes de beneficio, gestione la autorización respectiva con la IPS que pueda garantizar el servicio de su red de prestadores; con lo cual posteriormente gestionara el trámite de cobro respectivo, direccionado en esta resolución

## 2. AUTORIZACION DEL SERVICIO

Todos los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, deben ser consolidados, relacionados y direccionados por las diferentes administradoras de planes de beneficios ante el área de AUTORIZACIONES de la Secretaria de Salud de de Santander.

Desde el momento de allegar al ÁREA DE AUTORIZACIONES de la Secretaria de Salud de Santander, la documentación en la cual se solicita el servicio no contemplado en el plan de beneficios, autorizados por los comités técnico científicos o por una autoridad judicial, La Secretaria de salud de Santander, dispondrá de tres (3) días hábiles contados a partir del siguiente día de recibida la solicitud, para definir, direccionar, e informar al usuario, el procedimiento I, II o III, relacionados en el artículo 1 de la presente resolución, con el cual se garantizara oportuna y eficazmente la prestación del servicio requerido por el paciente.

## 3. SOLICITUD DE SERVICIOS NO POS AMBULATORIOS A TRAVÉS DE COMITÉS TECNICO CIENTÍFICOS

Por parte de la Secretaria de Salud de Santander se asignara un profesional de la salud, el cual siempre estará presente durante la realización de los comités técnicos científicos de las entidades administradoras de planes de beneficio.

Como dice la normatividad vigente este representante, tendrá voz donde realizara las observaciones específicas de cada una de las solicitudes de los servicios no pos requerido, pero no tendrá voto en las mismas.



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Págs de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	------------

Para cumplir con lo anterior la Entidad administradora de plan de beneficio informara la programación mensual fecha, hora y lugar donde serán realizados los comités técnico científicos respectivos.

3.1. **TIEMPO MAXIMO EXIGIDO PARA RADICACION DE SOLICITUDES DE SERVICIOS AMBULATORIOS NO POS ORIGINADOS POR CTC:**

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, todo servicio ambulatorio, el cual según resolución 5521 de 2013 y las demás normas que adicionen o modifiquen **no este contemplado en el plan de beneficios**, se tendrá como tiempo límite máximo de radicación de solicitud un servicio no pos para ser llevado a CTC el siguiente:

Partiendo de la fecha de la orden médica en la cual se solicita el servicio, el tiempo máximo permitido para realizar la radicación del servicio y ser llevado a CTC, será de máximo 20 días calendarios.

Los servicios solicitados con fecha superior a estos 20 días calendario serán siempre considerados como no aprobados y no serán tenidos en cuenta para el trámite formal de solicitud de un evento NO POS.

Una vez realizado el comité técnico científico y sea aprobado el servicio NO CONTEMPLADO EN EL POS, este comité allegara dentro de un tiempo no mayor a **TRES (3)** días hábiles la solicitud formal del evento NO POS, al área de autorizaciones de la Secretaria de Salud de Santander, para definir la red de prestador según el procedimiento I, II o III la que la secretaria de salud defina, superado este tiempo serán siempre considerados como no aprobados y no serán tenidos en cuenta para el trámite formal de solicitud de un evento NO POS.

4. **SOLICITUD DE SERVICIOS NO POS, DE URGENCIA O EN PACIENTES HOSPITALIZADOSA TRAVÉS DE COMITÉS TECNICO CIENTÍFICOS**

Si dentro de la red de prestadores relacionados por la Secretaria de Salud de Santander, no se encuentra un prestador habilitado para brindar el servicio requerido por el paciente LA EPS AUTORIZARA EL SERVICIO a su red de prestadores con la cual tenga convenio; el prestador del servicio solicitara ante la entidad administradora de planes de beneficios la autorización del comité técnico científico y posteriormente gestionara la solicitud de pago ante la Secretaria de Salud de Santander a través de la entidad administradora de planes de beneficio según lo direccionado en esta resolución.

5. **AUDITORIA DE LAS SOLICITUDES DE COBRO**

Amparado en el artículo 11 de la resolución 1479 de 2015, la cual define que las administradoras de planes de beneficios, o las instituciones prestadoras del servicio presentarán ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la resolución 1479 de 2015; de igual forma se evidencia la necesidad de realizar auditoría integral de la cuenta, amparado el anexo 5 de la resolución 3047 del 2008; esta Secretaria considera realizara esta auditoría integral basado en esta normatividad antes relacionada y



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 6 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

## 6. PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS

Amparados en el parágrafo del Artículo 11 de la resolución 1479 del 2015, en la cual se considera que las Secretarías de Salud Departamentales podrán adoptar y adaptar el manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo; en vista de lo anterior la Secretaría de Salud de Santander define el procedimiento que a partir de la fecha aplicara para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del régimen subsidiado, el cual garantiza se verifiquen todos los requisitos relacionados en artículo 11 de la resolución 1479, y auditoría integral según anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008, el cual se define y detalla a continuación:

### 6.1. COBRO DE SERVICIOS NO POS AUTORIZADOS DIRECTAMENTE A LAS IPS PUBLICAS O PRIVADAS CON LA CUAL SE TIENE CONVENIO CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL:

En estos casos las IPS que brinda el servicio en salud no contemplado en el POS, facturara directamente a la secretaria de Salud de Santander, la cual realizara auditoría integral y realizara objeciones de auditoría según la resolución 3047 anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 y las demás normas que adicionen o modifiquen.

En esta facturación presentada por la IPS se debe evidenciar y soportar el descuento de las siguientes observaciones:

1. Descuento del valor de la cuota de recuperación según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y las demás normas que adicionen o modifiquen, en los casos que apliquen dicho cobro.
2. Descuento del valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, según direccionamiento del art 11 de la resolución 1479 de 2015; Esta observación aplica a todos los servicio no pos autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial.
3. Todo servicio NO POS facturado, independiente si se trata de un medicamento o procedimiento deberá tener el descuento específico, el valor del medicamento o procedimiento homologado contemplado en el POS, esta observación debe ser definida de manera específica y soportada el comité técnico científico realizado.

### 6.2. COBRO DE SERVICIOS NO POS AUTORIZADOS DIRECTAMENTE POR LAS EPS EN SU RED DE PRESTADORES

En estos casos la IPS que brinda el servicio en salud no contemplado en el POS, facturara directamente a la ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 7 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

Una vez conciliada esta auditoría inicial, realizara y gestionara el trámite de recobro amparado en resolución 5395 de 2013, la cual la Secretaria de Salud de Santander adopto y adaptará para se reemplacen los trámites administrativos definidos por esta normatividad.

Toda la facturación recobrada por la ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS recobrada por ser NO POS ante la Secretaria de Salud de Santander, una vez se realice la auditoría integral y se identifique la responsabilidad del pago , este giro se realizara directamente a la IPS o red de prestador , que brindo el servicio de salud NO POS.

#### **6.2.1. REQUISITOS ESENCIALES PARA TRAMITE DE COBRO DE LA FACTURACION CUANDO LAS EPS CUANDO BRINDEN LOS SERVICIOS EN SU RED DE PRESTADORES**

Las entidades ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO deberán radicar ante la Secretaria de Salud de Santander, en el área de aseguramiento, sistemas de información, los siguientes documentos:

1. **Certificado de existencia y representación legal**, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.
2. **Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho** si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. **Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos** aplicables a sus afiliados.

#### **6.2.2. REQUISITOS GENERALES PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS COBROS DE EVENTOS NO POS.**

Las administradoras de planes de beneficio deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. **Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT)** que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.
2. **Copia del Acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o copia del fallo de Tutela.**
3. **Copia de la factura de venta** o documento equivalente.

#### **6.2.3. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA**

Cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela donde se autorice el



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 8 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

Sin perder nuestra autonomía se ratifica que siempre deberán presentar copia de la tutela respectiva en los cuales se amparó la autorización del servicio o evento no pos requerido por el paciente.

De igual forma cuando el usuario solicite algún servicio definido o relacionado como "exclusiones" en la resolución 5521 de 2013 y las demás normas que adicione o modifiquen; nuestra entidad exigirá que en el resuelve del fallo de tutela, se relacione de manera detallada se autorice el servicio requerido excluido del pos, de lo contrario se consideraran por parte de la secretaria de salud no amparados en el fallo de tutela.

#### 6.2.4. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.

La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, la totalidad de requisitos exigidos en el artículo 16 de la resolución 5395 del 2013.

### 7. ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECUBRO

Las solicitudes de recobro para pago surtirán las siguientes etapas de verificación y control cumpliendo con lo direccionado en los artículos 18 al 30 de la resolución 5395 del 2013, resaltando de estos los siguientes:

**7.1. ETAPA DE PRE-RADICACIÓN:** el objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.

El inicio de esta etapa se realiza ante el área de sistemas de información, área de aseguramiento, por vía web o directamente con la presentación se requisitos exigidos para la pre-radición de los recobros.

En esta etapa nuestra entidad validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
2. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed).
4. Código Único de Medicamentos (CUM).
5. Registro Único de Víctimas (RUV).
6. Listado de proveedores autorizados para giro directo.



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 9 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	--------------

y finaliza cuando la entidad administradora de plan de beneficio da cumplimiento con el artículo 21 de la resolución 5395 de 2013.

- 7.2. **ETAPA DE RADICACIÓN:** el objeto de esta etapa es presentar los Formatos MYT y MYTR junto con los soportes en medio impreso o magnético, según la normativa vigente y sus normas modificatorias o reglamentarias.

En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro presentadas.

En caso de presentación de los soportes en medio impreso, las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos físicos.

- 7.3. **ETAPA DE PRE-AUDITORÍA:** el objeto de esta etapa es verificar que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro que superaron las etapas de pre radicación y radicación, la Secretaria de Salud de Santander, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

Se tendrán por no presentadas las solicitudes de recobro que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de cada recobro (Formato MYT), respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT-R).
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o del fallo de tutela, según sea el caso.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

En estos casos el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, procederá a:

1. Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro (Formato MYT).



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 10 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	---------------

3. Informar a la entidad recobrante, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de pre-auditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

7.4. **ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL**: el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros y el resultado del proceso de auditoría integral

Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros, se genera el resultado que puede ser aprobado (aprobado total, aprobado con re-liquidación, aprobado parcial) o no aprobado.

**APROBADO**: Cuando alguno(s) de los ítems del recobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría. Este resultado tiene las siguientes variables:

**Aprobado total**: cuando los ítem(s) del recobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.

**Aprobado con re-liquidación**: cuando el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.

**Aprobado parcial**: cuando se aprueba(n) alguno(s) de los ítem(s) del recobro.

**NO APROBADO**: Cuando los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

## 8. COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA A LAS ENTIDADES RECOBRANTES.

El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro se comunicará por parte de la Secretaria de Salud de Santander, al representante legal de la entidad recobrante, a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante y al domicilio informado por la misma, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. Se conservará copia de la constancia de envío.

**PARÁGRAFO.** A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría.

## 9. TÉRMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.

Con el ánimo de estandarizar esta observación las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro ante la Secretaria de Salud de Santander, dentro del año siguiente a la **generación de la ocurrencia del evento**.



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 11 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	---------------

**La Secretaria de Salud de Santander** deberá llevar a cabo las etapas de pre auditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro.

De igual forma, cuando la auditoría integral arroje como resultado la aprobación del recobro. La Secretaria de Salud de Santander relacionara en detalle por factura, a la respectiva administradora de planes de beneficios, la cantidad aprobada para pago del valor recobrado.

#### **11. REGLAS PARA DETERMINAR EL VALOR A PAGAR DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS.**

Se ratifica nuevamente que todo servicio NO POS facturado, independiente si se trata de un medicamento o procedimiento deberá tener el descuento específico, el valor del medicamento o procedimiento homologado contemplado en el POS, esta observación debe ser definida de manera específica y soportada el comité técnico científico realizado.

La Secretaria de Salud de Santander aplicara las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:

a) Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007, y las demás normas que adicionen o modifiquen.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata et presente literal.

b) Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

**PARÁGRAFO 1.** Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la entidad territorial. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente con cargo a la Unidad de Pago por



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental:	Versión: 3	Pág. 12 de 12
------------	------------------------	--------------------------------	------------	---------------

**PARÁGRAFO 2.** La diferencia no cubierta por la entidad territorial correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

## 12. UTILIZACIÓN DE FORMATOS DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Se adoptan los formatos de presentación de las solicitudes de recobro relacionados en la resolución 3099 de 2008 y los demás que la normatividad modifique o cambie, dichos formatos deberán presentarse junto con el medio magnético conforme a las especificaciones técnicas respectivas relacionadas en la normatividad vigente o las que adicione o modifiquen.

## 13. RECOBROS A EPS DE SERVICIOS POS PRESTADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

Los servicios que hayan sido prestados a usuarios del régimen subsidiado, por inconsistencias en la base de datos, en el momento de la prestación del servicio; o por orden judicial; y sean facturados a la Secretaria de Salud de Santander, una vez realizada la auditoría integral respectiva y se identifique que debieron ser con cargo a la entidad administradora de planes de beneficios; nuestra entidad gestionara recobro de estos servicios; y el valor se descontara al valor total de los cobros realizados por las EPS.

En vista de lo anterior previo al pago de todo recobro realizado por las diferentes entidades administradora de plan de beneficios, se exigirá por parte del área contable y financiera de la secretaria de salud de Santander, al área de cobros de la Secretaria de Salud de Santander, un visto bueno donde se identifique, que esta entidad no tiene deuda pendiente y están la totalidad de cobros de servicios pos realizados ya conciliados.

**ARTÍCULO CUARTO:** Todos los servicios **NO POS** solicitados con anterioridad a la fecha de esta Resolución deberán ser gestionados directamente por las entidades administradoras de planes de beneficios amparado en el procedimiento III relacionado en el Numeral primero de esta Resolución con la posterior gestión de trámite de cobro por parte de las EPS.

**ARTÍCULO QUINTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Bucaramanga, a los

19 JUN 2015

  
**ALIX PORRAS CHACÓN**  
Secretaria de Salud de Santander